

带状疱疹ワクチン予防接種予診票

☐ 水痘ワクチン【生ワクチン】 ☐ 带状疱疹ワクチン(1回目・2回目)【不活化ワクチン】※接種するワクチンに☑印と接種回数に○印を記入してください。

○太わく内は被接種者が記入してください。

※該当する課税状況に✓を記入願います。
※非課税世帯の方は裏面の記入があります。

☐ 課税世帯 ☐ 生活保護 ☐ 非課税世帯

診察前の体温

度 分

住所			電話番号		— —		
ふりがな			男・女	生年月日	※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。		
氏名					大正昭和	年	月
質問事項					回答欄		医師記入欄
1	今までに水痘ワクチンまたは带状疱疹ワクチン(2回)の予防接種を受けたことがありますか。				はい	いいえ	
	これまで接種したワクチンの接種日を記入してください	水痘ワクチン ① (. .) ② (. .) ③ (. .) 带状疱疹ワクチン ① (. .) ② (. .) ③ (. .) ④ (. .)					
2	今日の带状疱疹の予防接種について水痘ワクチンまたは带状疱疹ワクチンの予防接種について説明書を読みましたか。				はい	いいえ	
3	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。				はい	いいえ	
4	現在、何か病気にかかっていますか。				はい	いいえ	
	病名 ()				はい	いいえ	
	治療(投薬など)を受けていますか。				はい	いいえ	
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。				はい	いいえ	
5	免疫不全と診断されたことがありますか。				はい	いいえ	
6	今日、体に具合の悪いところがありますか。				はい	いいえ	
	具合の悪い症状を書いてください。()				はい	いいえ	
7	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。				はい	いいえ	
8	今までに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。()				はい	いいえ	
9	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。				はい	いいえ	
10	1か月以内に予防接種を受けましたか。				はい	いいえ	
	予防接種名 ()				はい	いいえ	
11	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症などの慢性疾患にかかったことがありますか。				はい	いいえ	
	病名 ()				はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。				はい	いいえ	
12	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。				はい	いいえ	
	病名 ()				はい	いいえ	
13	最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。				はい	いいえ	
14	今日の予防接種について質問がありますか。				はい	いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。

本人(もしくは代理人)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品

機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	生ワクチン(皮下注射) 0.5ml	実施場所・医師名・接種年月日
ロット番号	不活化(筋肉内注射) 0.5ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日

带状疱疹ワクチン予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

(代筆者氏名: 被接種者との続柄:)

○この票は医療機関が市町村に料金を請求する際に請求書に添付してください。

※下記対象の方に 8,000 円を限度として助成します。

対象1 生活保護世帯の方

- 接種当日に医療機関窓口で、休日・夜間受診手帳を提示してください。

対象2 市民税非課税世帯(世帯員全員)の方

- 接種当日に医療機関窓口で、世帯員全員の「令和7年度の課税証明書」を提示してください。

※「令和7年度の課税証明書」は、市税務課・総合窓口課・総合事務所・出張所で発行しています。
令和7年度の証明書は6月上旬に発行されます。4～5月に接種される場合は、「令和6年度の課税証明書」を提出してください。

○有料:1件につき300円 ○持ち物:身分証明書

- 「免除申請書」に世帯員全員の氏名・生年月日をご記入ください。

免 除 申 請 書

氏 名	生 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

※健康課では、予防接種台帳に接種を記録する際に、世帯員の確認をいたします。